



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número del cliente: _____

Idioma: _____

Programa: _____

Debe brindar prueba de que ha completado una evaluación de dependencia química antes del _____
FECHA

Usted ha sido evaluado como un dependiente de drogas o alcohol. Debe brindar prueba de que está participando en un tratamiento para la dependencia química antes del _____
FECHA

Si no completa una evaluación y un tratamiento como es requerido, sus beneficios en efectivo podrían finalizar según el WAC 388-449-0220.

Comuníquese con un proveedor certificado de dependencia química para recibir una evaluación y un tratamiento como es requerido. A continuación se mencionan ejemplos de proveedores de tratamiento y evaluación en su área.

Comentarios:

FACILITADOR SSI

HORA

Teléfono: _____

CSO: _____